



**Distribution:**

- White - State Compensation Insurance Fund
- Yellow - Employer's Copy
- Pink - Employee's Copy
- Goldenrod - Employee's Temporary Receipt

**SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)  
 SOLICITUD DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS DE COMPENSACION POR LESIONES DE TRABAJO  
 NOTIFICACION SOBRE POSIBLE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS**

Si usted resulta lesionado o se enferma a causa de su trabajo, es posible que usted tenga derecho a uno o más de los siguientes beneficios que se le proporcionan a usted en calidad de Proveedor Individual de IHSS, dependiendo de su situación individual: tratamiento médico, compensación por tiempo perdido a causa de esta lesión, compensación por una incapacidad permanente, rehabilitación vocacional, y/o beneficios por muerte. La compensación se basa en un porcentaje de sus ingresos ganados. Si está usted hospitalizado o sin trabajo más de 3 días como resultado de esta lesión, recibirá su primer pago de compensación o un aviso a más tardar 14 días después de que el trabajador de IHSS del condado tiene conocimiento de esta lesión. Junto con su primer pago, también recibirá un folleto describiendo en más detalle los beneficios de compensación y los trámites.

Si no presenta esta solicitud, será imposible que usted reciba cualquier sanción por pago demorado que se le pudiera deber, y también perderá el derecho de ejercitar recursos legales adicionales.

Si necesita ayuda para completar esta forma, o tiene preguntas con respecto a su lesión en el trabajo, puede ponerse en contacto con la Oficina de Asistencia y Cumplimiento de Beneficios del Estado de California (*State of California Office of Benefit Assistance and Enforcement*) llamando al 1-800-736-7401. Se le presta este servicio sin costo. También puede consultar con un abogado.

**CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS HAGA O CAUSE QUE SE HAGAN DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS CON EL PROPOSITO DE OBTENER O DE QUE SE NIEGUEN BENEFICIOS O PAGOS DE COMPENSACION POR LESIONES DE TRABAJO, ES CULPABLE DE UN DELITO MAYOR.**

**PARTE I - PROVEEDOR/EMPLEADO:** *Complete la sección titulada "Empleado" y déle la forma al trabajador de IHSS del condado. Quédese con la copia marcada "Employee's Temporary Receipt" (Recibo Temporal para el Empleado) hasta que reciba del condado la copia con la fecha.*

|  |  |  |
|--|--|--|
| NOMBRE DEL EMPLEADO  | FECHA DE LA LESION O ENFERMEDAD<br>/ / | HORA<br><input type="checkbox"/> A.M.<br><input type="checkbox"/> P.M. |
| DIRECCION DEL HOGAR (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ZONA POSTAL)   |  |  |
| LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE O EL CONTACTO CON LA MATERIA (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ZONA POSTAL) |  |  |
| DESCRIBA LA LESION O ENFERMEDAD Y LA MANERA EN QUE OCURRIO   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ¿QUE PARTE ESPECIFICA DE SU CUERPO SE LESIONO?   |  |  |
|  |  |  |
| ¿CUAL ES SU RELACION/PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO DE IHSS/PATRON?                                |  |  |
|  |  |  |
| FIRMA DEL EMPLEADO   | NO. DEL SEGURO SOCIAL<br>- -           |  |

Le dí esta forma al trabajador de IHSS del condado el (fecha) \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  
 La siguiente parte es para uso del condado solamente.

**PART 2 – COUNTY IHSS WORKER: COMPLETE THIS SECTION AND PROMPTLY GIVE THE EMPLOYEE A COPY AS A RECEIPT. SIGNING OF THIS FORM DOES NOT NECESSARILY CONSTITUTE ACCEPTANCE OF A CLAIM.**

|                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| NAME OF EMPLOYER                   | IHSS NO.  | TELEPHONE   |
| DATE OF KNOWLEDGE OF INJURY<br>/ / | DATE CLAIM FORM WAS PROVIDED TO EMPLOYEE<br>/ / | DATE CLAIM FORM WAS RECEIVED FROM EMPLOYEE<br>/ / |
| SIGNATURE OF IHSS WORKER           | SSW NO.   |   |

**STATE  
 COMPENSATION  
 INSURANCE  
 FUND**